

Zasady udzielania pomocy lekarskiej osobom bezdomnym

Anna Stychlerz, „Vox iuris” Doradztwo Prawne, Szczecin

Osoba ubiegająca się o świadczenie zdrowotne, na przykład świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest zobowiązana przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przed jego udzieleniem. Dowodem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienie do świadczeń medycznych, w szczególności dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku sytuacji nagłych dokument okazuje się po udzieleniu świadczenia. Zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; dalej u.o.ś.o.z.) w razie nieprzedstawienia dokumentu świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy. Jeśli brakuje możliwości pokrycia kosztów leczenia przez pacjenta we własnym zakresie ze względu na sytuację majątkową, w celu ustalenia dochodowej i majątkowej sytuacji takiego świadczeniobiorcy przeprowadza się wywiad środowiskowy. Na podstawie wywiadu gmina właściwa miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy wydaje decyzję, która jest dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

BRAK DOWODU UBEZPIECZENIA — KOSZT ŚWIADCZENIA PONOSI ŚWIADCZENIOBIORCA

Zgodnie z art. 50 u.o.ś.o.z. świadczeniobiorcy ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mają obowiązek przedstawienia dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego. Za dowód ubezpieczenia ustawa przyjmuje każdy dokument, który potwierdza uprawnienie do świadczeń medycznych, w szczególności dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Ustawodawca dopuszcza przedłożenie dowodu ubezpieczenia w innym czasie, jednakże tylko w przypadku stanu nagłego pacjenta (art. 50 ust. 2 i 3 u.o.ś.o.z.). Przepis stanowi, że w przypadku przebywania świadczeniobiorcy w szpitalu dokument ubezpieczenia może zostać przedłożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia leczenia, a jeżeli nie byłoby to możliwe, dokument może być przedłożony w terminie 7 dni po zakończeniu hospitalizacji. Ustawodawca zastrzega, że w razie nieprzedstawienia dokumentu w ww. terminach koszt świadczenia ponosi świadczeniobiorca.

W przypadku przebywania świadczeniobiorcy w szpitalu dokument ubezpieczenia może zostać przedłożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia leczenia,



W przypadku przebywania świadczeniobiorcy w szpitalu dokument ubezpieczenia może zostać przedłożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia leczenia, a jeżeli nie byłoby to możliwe, dokument może być przedłożony w terminie 7 dni po zakończeniu hospitalizacji

Adres do korespondencji:

Anna Stychlerz
ul. Wojska Polskiego 63
70-476 Szczecin
tel./faks: (091) 43-43-999
tel.: 0601-784-817
e-mail: info@voxiuris.pl

Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1897-3590



Za osobę bezdomną przepisy uznają osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy, i niezameldowaną na pobyt stały, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały, w którym nie ma możliwości zamieszkania



Na podstawie wywiadu gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy wydaje decyzję, która jest dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych

nia, a jeżeli nie byłoby to możliwe, dokument może być przedłożony w terminie 7 dni po zakończeniu hospitalizacji.

DEFINICJA OSOBY BEZDOMNEJ

Może się tak zdarzyć, że o udzielenie świadczenia zdrowotnego zwróci się osoba bezdomna. Za taką osobę zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r., nr 115, poz. 728; dalej u.p.s.). uznaje się osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Za osobę bezdomną przepisy uznają osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy, i niezameldowaną na pobyt stały, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

DECYZJA GMINY POTWIERDZENIEM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

Zgodnie z u.o.ś.o.z. obowiązkowi ubezpieczenia podlegają tylko osoby bezdomne, które zostały objęte programem wychodzenia z bezdomności i z tego tytułu posiadają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast osoby bezdomne nieobjęte takim programem nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia. Jeśli brakuje możliwości pokrycia kosztów leczenia przez pacjenta we własnym zakresie ze względu na sytuację majątkową, w celu ustalenia dochodowej i majątkowej sytuacji takiego świadczeniobiorcy przeprowadza się wywiad środowisko (zasady i tryb wywiadu określają przepisy pomocy społecznej). Na podstawie

wywiadu gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy wydaje decyzję, która jest dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, na przykład świadczeń z zakresu POZ. Decyzję wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Taka decyzja może zostać wydana także na wniosek wójta (burmistrza, prezydenta) gminy lub właściwego oddziału wojewódzkiego funduszu (art. 54 ust. 3 i ust. 4 u.o.ś.o.z.).

CO POWINNA ZAWIERAĆ DECYZJA?

Decyzja powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy. Wydawana jest po spełnieniu następujących przesłanek:

- przedłożenie przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających:
 - posiadanie obywatelstwa polskiego,
 - zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego,
- stwierdzenie spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 u.p.s.,
- stwierdzenie braku okoliczności, o której mowa w art. 12 u.p.s., w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie tego dokumentu przysługuje osobie uprawnionej przez okres 90 dni, od dnia określonego w decyzji, którym jest:

- dzień złożenia wniosku;
- w przypadku udzielenia świadczeń w stanie nagłym — dzień udzielenia świadczenia;
- w przypadku wydania decyzji z urzędu — od dnia określonego w decyzji.

Termin ten nie będzie ograniczał prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli osoba w okresie 90 dni zostanie objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

WNIOSEK ŚWIADCZENIODAWCY

W przypadku stanu nagłego niezwłocznie po udzieleniu świadczenia świadczeniodawca jest zobowiązany złożyć wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r., nr 115, poz. 728).